UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 66

PROBLÈMES SANITAIRES DE LA RÉGION DE DSCHANG (CAMEROUN)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1961

PAR

Paul KANA

MEMBRES DU JURY

MM. ANDRIEU, *Président.*
PLANQUES
MONNIER } *Assesseurs.*
RUFFIE
BOUISSOU, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU CENTRE
CAMILLI & FOURNIÉ
28, ALLÉE JEAN-JAURÈS, 28

1961

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546524_0053

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 66

PROBLÈMES SANITAIRES DE LA RÉGION DE DSCHANG (CAMEROUN)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1961

PAR

Paul KANA

MEMBRES DU JURY

MM. ANDRIEU, *Président.*
PLANQUES, MONNIER, RUFFIE, *Assesseurs.*
BOUISSOU, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU CENTRE
CAMILLI & FOURNIÉ
28, ALLÉE JEAN-JAURÈS, 28

1961

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.		MM.
DOYEN	LAZORTHES	Professeurs honoraires..	VALLOIS CLERMONT DUCUING, RIBAUT NANTA, TAPIE
ASSESSEUR	DELAS		
Doyens honoraires	GORSE, CALVET LEFEBVRE, BRUSTIER		

SECTION MÉDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MERIEL GADRAT	Accouchement et Obstétricie Sociale	PONTONNIER
Clinique chirurgicale et gynécologie	FABRE (P.)	Anatomie	LAZORTHES
Clinique chirurgicale et du Cancer	GRIMOUD	Anatomie appliquée	POULHES
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE	Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit...	BAZEX	Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne	MOREL	Chimie Biologique	VALDIGUIE
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ	Electroradiologie	MARQUES
Clinique médicale infantile et puéricul...	SOREL	Embryologie générale	BROUSSY
Clinique de neurologie et de psychiatrie	RISER	Histologie	BIMES
Clinique obstétricale	GUILHEM	Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD
Clinique Odonto-Stomotologique	CADENAT (E.)	Médecine légale et du Travail	PLANQUES
Clinique ophtalm.	CALMETTES	Médecine Sociale	BOUNHOURE
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET	Parasitologie	BOUISSET
Clinique traumatologique des membres	RIEUNAU	Pathologie Chirurgicale	DAMBRIN
		Pathologie générale et médecine expériment.	SENDRAIL
		Physico-Chimie	AUVERGNAT
		Physiologie	SOULA
		Physiologie appliquée et Pharmacologie	BAISSET
		Physique biologique et médicale	BUGNARD
		Propédeutique médicale	GERAUD
		Thérapeutique	DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	COULOUMA	Pathologie Médicale	LAPORTE (J.)
		Bactériologie	Mme ENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	LAPORTE (Y.)	Physique Médicale	BRU
Biochimie médicale	DOUSTE-BLAZY		

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie Pathologique	BOUISSOU	Parasitologie	RUFFIE (J.)
Histologie et embryol..	PLANEL	Physiologie	MONTASTRUC

AGREGES

Pathologie Médicale	MONNIER RIBAUT DELAUDE CALAZEL	Pathologie Chirurgicale	ENJALBERT FICAT PASQUIE SOUQUET
Médecine légale	GREZES-RUEFF	Pédiatrie	BARDIER
Odontostomatologie	CADENAT (H.)	Rhumatologie	RUFFIE (R.)

AGREGES LIBRES

Anatomie	THOMAS	Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX
Ophtalmologie	DEODATI	Pathologie chirurgicale..	DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU	Matière Médicale	VINCENT
Chimie analytique, Toxicologie et Hyg. indust.	BOURBON	Pharmacie chimique et pharmacodynamie	CAUJOLLE
Chimie Pharmaceutique	BLANC	Pharmacie galénique	STANISLAS
Histoire Naturelle	DELAS		

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie ..... COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences Naturelles ..... Mlle MEYNIER, M. ROUX

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	BREUILLAUD	Sciences Physiques	PITET

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	ROCHE	Secrétaire	Mme LAFFONT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération du 12 mai 1891)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

JE DÉDIE CE TRAVAIL :

A LA MEMOIRE DE MES CHERS DISPARUS :

Mes grands-parents,
Ma sœur aînée,
Mon frère aîné,
Mon oncle David Kana,
Mon père,
Mon cousin Fabien Ndongmo.

A tous mon fervent souvenir, et ma reconnaissance pour tous les soins dont ils m'entouraient de leur vivant.

A MA MERE

A qui je dois tout, et qui s'est tant sacrifiée pour moi. En gage de ma profonde gratitude et de ma tendresse.

A JEAN-CLAUDE KANA

A ELISE KANA

A TOUTE MA FAMILLE

A MON PAYS, LE CAMEROUN

Auquel je suis reconnaissant pour ma bourse d'études, et au service duquel je travaillerai toute ma vie.

AUX ETUDIANTS CAMEROUNAIS
A TOUS LES ETUDIANTS AFRICAINS

Avec qui j'ai longtemps travaillé, et travaillerai toujours pour une Afrique nouvelle et meilleure.

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRIEU

Professeur de Bactériologie, d'Hygiène et de Médecine Sociale à la Faculté

Il nous a accueilli avec une grande bienveillance, et nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre thèse.

Nous le remercions de son enseignemnet, et le prions d'accepter ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PLANQUES

Professeur de Médecine Légale
et de Médecine du Travail à la Faculté

Nous le remercions pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de juger notre thèse.

Avec l'expression de notre reconnaissance et pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONNIER

Professeur agrégé de Pathologie Médicale à la Faculté

Vous nous avez accueilli avec la plus grande bienveillance et avez bien voulu accepter de nous aider dans ce travail. Nous vous remercions de votre enseignement qui a largement contribué à notre formation médicale.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES RUFFIE

Maître de Conférences agrégé de Parasitologie
à la Faculté

Notre reconnaissance pour l'enseignement reçu, la cordialité avec laquelle il nous a constamment traité, et pour l'intérêt qu'il nous témoigne en acceptant de siéger à notre jury.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUISSOU

Maître de Conférences agrégé d'Anatomie Pathologique
à la Faculté

Nous le remercions de son enseignement et de l'honneur qu'il nous fait de siéger à notre jury.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A Monsieur le Professeur Pierre VELLAS

Professeur à la Faculté de Droit
et des Sciences Economiques de Toulouse
Directeur de l'Institut d'Etudes Internationales
et des Pays en voie de développement

Dont l'enseignement a inspiré ce travail, et qui nous a guidé de ses conseils.

Il nous a toujours traité avec la plus grande bienveillance. Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueux attachement, et l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur Marcel BILLIERES

Directeur du Centre Hospitalier de Tarbes

Il nous a accueilli avec beaucoup de cordialité et d'affection lors de notre internat.

A TOUS LES MEDECINS, CHIRURGIENS
ET SPECIALISTES
DU CENTRE HOSPITALIER DE TARBES

Que nous remercions de leur accueil et de leurs enseignements.

A TOUT LE PERSONNEL
DU CENTRE HOSPITALIER DE TARBES

Notre meilleur et sympathique souvenir.

A TOUS CEUX ET A TOUTES CELLES
QUI, DE PRES OU DE LOIN
ONT COLLABORE A CE TRAVAIL

INTRODUCTION

Le problème du sous-développement est plus que jamais à l'ordre du jour. Dans les plus hautes instances internationales, on discute du sort des régions ou pays sous-développés (ou, si l'on veut, en retard de développement).

Le CAMEROUN est un pays sous-développé par excellence. Or, si l'on considère les problèmes du sous-développement, il apparaît que les problèmes sanitaires sont pour ainsi dire au centre de tous les autres. Le démographe et économiste Alfred Sauvy *dit à juste titre : « étant un fait, la diffusion médicale doit être la base indispensable de toute construction ».*

L'aspect sanitaire du développement retentit nécessairement sur tous les autres, mais il en dépend aussi. Bref, l'aspect sanitaire est inséparable des autres : sociaux, économiques ou politiques. C'est en agissant sur tous les aspects du sous-développement que l'on peut avoir quelques chances de procurer, à une population donnée, la santé selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». On ne peut donc considérer le problème de la santé sous un angle exclusivement médical. « La situation sanitaire dans une région déterminée dépend en grande partie des conditions économiques, sociales et culturelles qui la caractérisent » écrit le Professeur J. Morichau-Beauchant.

L'idée de choisir comme sujet de notre thèse les problèmes sanitaires de la région de DSCHANG nous était venue lorsque nous suivions l'année dernière, à la Faculté de Droit et des Sciences Economiques de Toulouse, les cours de « l'Institut d'Etudes Internationales et des Pays en voie de développement », dont nous sommes

actuellement diplômé, et qui est dirigé par M. VELLAS, *Professeur de Droit International. Dans le cadre de cet Institut, nous avons suivi les enseignements de* M. le Professeur Pierre VELLAS *et de* M. le Professeur Jacques MONNIER, *et nous avons présenté un mémoire sur les aspects sanitaires du développement.*

Le travail que nous présentons aujourd'hui traite de la situation sanitaire et les problèmes connexes dans une région du Cameroun. Nous avons choisi cette région parce que nous la connaissons bien et qu'il nous a semblé que cette localisation permet une véritable micro-analyse. De prime abord il pourrait paraître artificiel de vouloir localiser des problèmes sanitaires. Mais, dans une certaine mesure, il ne faudrait peut-être pas exclure la conception d'une pathologie régionale. D'autre part, une étude micro-analytique est nécessaire pour serrer de plus près les problèmes, mettre en évidence certaines données et permettre la recherche des solutions applicables ensuite sur le plan national.

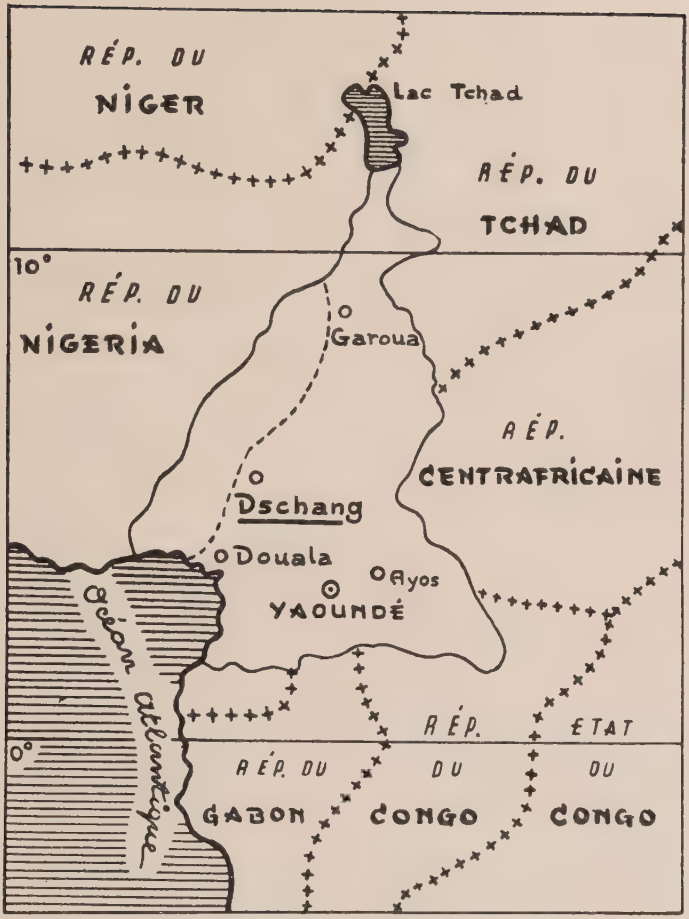
Avant d'aborder notre sujet, il apparaît indispensable d'exposer quelques généralités sur la région de Dschang afin de préciser notamment le cadre physique, la situation économico-sociale et l'organisation administrative.

Nous envisagerons ensuite, successivement :

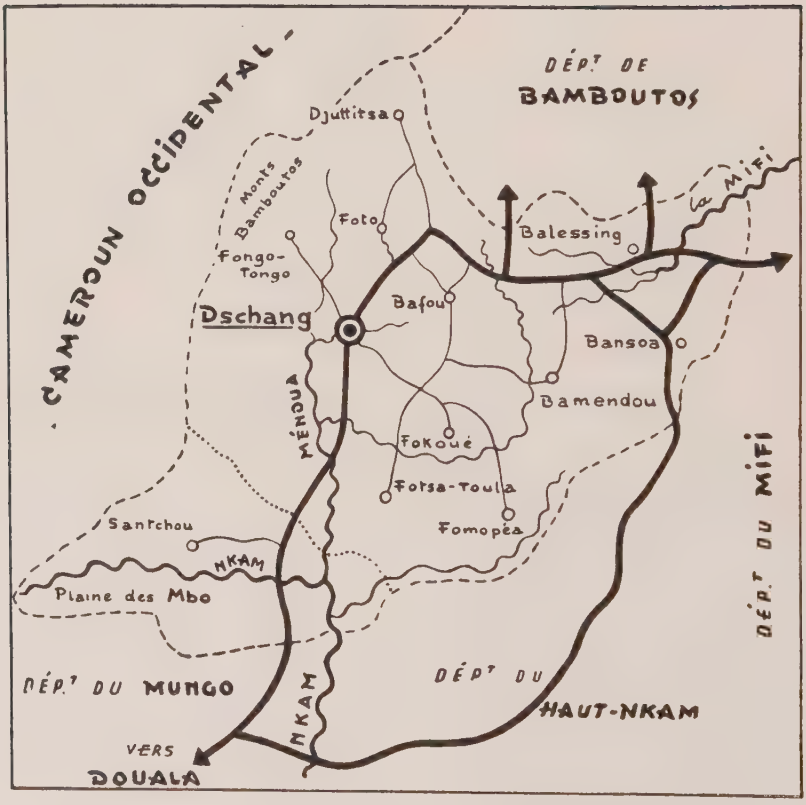
— *la situation sanitaire,*

— *les problèmes sanitaires,*

— *un programme régional d'action sanitaire.*



LE CAMEROUN DANS LE CONTINENT AFRICAIN



Département de la MENOUA

Chapitre Premier

GÉNÉRALITÉS SUR LA RÉGION DE DSCHANG

I. — LE CADRE PHYSIQUE

1° Délimitation de la région :

Jusqu'à la fin de 1960, au moment où nous avions conçu ce sujet, la région que nous étudions était un des cinq arrondissements constituant le département BAMILEKE (peuplé de près d'un demi-million d'habitants, et ayant Dschang pour chef-lieu). Actuellement ce département est divisé en cinq autres dont le département de la MENOUA. Nous comprendrons donc la région de Dschang dans le sens de l'ensemble constituant le département de la Menoua avec Dschang pour chef-lieu.

Le département de la Menoua est limité :

— à l'Ouest, par le Cameroun occidental, actuellement encore sous tutelle britannique, dont il est séparé par une chaîne montagneuse (à l'heure où nous écrivons ces lignes la partie Sud qui touche la région de Dschang a décidé, par voie de référendum, de s'unir au Cameroun occidental) ;

— au Nord par le département de BAMBOUTOS ;

— à l'Est par le département du MIFI ;

— au Sud par les départements du MUNGO et du HAUT-NKAM.

2° Aperçu de géographie physique et humaine :

C'est une région de hauts plateaux faisant partie de la chaîne montagneuse de l'Ouest-Cameroun avec surtout les monts Bamboutos, dont le plus haut sommet a

2.680 mètres. Dans l'extrême quart Sud on rencontre la forêt dans les vallées, le reste étant constitué par de la savane. La forêt est habitée par des éléphants, des singes, des antilopes, des serpents, des oiseaux et des insectes, dont la mouche tsé-tsé qui empêche tout élevage de bovins.

La région est arrosée par la Mifi au Nord et surtout par le *Nkam* au Sud, lequel y prend sa source pour se jeter dans la mer à DOUALA sous le nom de WOURI. Dans le Nkam vivent des hippopotames, des crocodiles et des poissons.

Il existe deux saisons : la saison sèche, de novembre à mai, et la saison de pluies ou hivernage, de juin à octobre. Le climat est du type équatorial, humide, mais en réalité il semble qu'il soit plus ou moins tempéré, du moins pour la ville de Dschang. En effet, située à 1.382 mètres d'altitude, Dschang est célèbre au Cameroun pour son climat tempéré, avec une température moyenne de 20°, la plus basse du Cameroun. Ce climat rappelle plus celui de France que d'autres régions d'Afrique Noire. La douceur du climat de Dschang a fait choisir ce site comme « station climatique », où les Européens aiment à venir se reposer. Le département de la Menoua compte une population de 125.900 habitants, de tribu Bamileké (race semi-bantou). Les Européens ayant séjourné au Cameroun considèrent l'ancien département Bamileké comme « l'Auvergnat Camerounais » et les Bamiléké comme un peuple « prolifique, intelligent, travailleur, artiste, commerçant ». En effet les Bamiléké, trop nombreux et à l'étroit chez eux, se rencontrent un peu partout au Cameroun où ils détiennent la plus grande partie du commerce.

II. — APERÇU DE GEOGRAPHIE ECONOMIQUE

Cette région de hauts plateaux est un pays fertile et très riche dans lequel il ne reste pratiquement aucun terrain non cultivé, si l'on excepte l'extrême Sud, où l'on rencontre des forêts. En effet, comme tout le Cameroun, cette région est avant tout agricole. Mais son agriculture

est encore très primitive. Le développement en est freiné ·

— par les moyens primitifs de culture ; presque tous les terrains cultivés le sont par des femmes, avec de petits instruments rudimentaires appelés houes ;

— par de mauvaises façons culturales : feux de brousse, déboisement, labourages suivant les pentes ;

— par le manque d'engrais et de fumures végétales.

Cultures vivrières :

Les principales sont : le maïs, le macabo, les ignames dont il existe plusieurs variétés, les pommes de terre, les patates (dites patates douces), le taro, les arachides, les haricots, les bananes, le plantain (se rapprochant des bananes), le manioc. Ajoutons-y les ananas cultivés un peu partout, et la canne à sucre, cultivée autour des maisons, mais sans aucun but industriel. Il convient cependant de signaler qu'un essai de fabrication de sucre a été fait à Dschang, mais aucun encouragement n'a été donné aux populations pour la culture de la canne à sucre et depuis plus personne n'en parle.

Enfin une mention particulière doit être faite de la culture par la ferme « La Pastorale », située à DJUTTI-TSA, au Nord de Dschang, des légumes tels que choux, salades, tomates et carottes, dont une bonne partie est exportée hors de la région.

Cultures industrielles :

Le *café*, cultivé depuis 1924, et qui est la principale plante industrielle de la région. Il s'agit de la variété « arabica » et il existe une usine de dépulpage à Dschang.

Le *quinquina*, seconde plante en importance, dont la culture a été introduite à Dschang en 1928. Actuellement, en dehors de la Station Expérimentale de quinquina de Dschang, sa culture est surtout concentrée à BANSOA et un peu à BAFOU dans de petites plantations. Une usine de fabrication de quinine a été créée. En 1929, la station extrayait 1.800 kilos de quinine, en 1950 la production atteint 3.000 kilos. Son équipement est prévu pour une extraction de 20 tonnes.

Le *palmier à huile,* il est cultivé surtout à l'ouest de Dschang, non à proprement parler dans un but industriel. Cependant il revêt une importance capitale, car en dehors des palmistes il en est surtout extrait l'huile de palme, qui est la seule huile qu'utilisent les populations pour la cuisine. Malheureusement l'extraction de l'huile se fait par des moyens primitifs.

Citons aussi la forêt qui fournit des bois de menuiserie utilisés sur place, le tabac et le kolatier, producteur des noix de kola.

ELEVAGE :

C'est surtout l'élevage des bœufs dans la ferme de « La Pastorale » représentant plus de 15.000 têtes de bovins, sur les hauteurs des Bamboutos, avec une altitude pouvant atteindre 2.400 mètres. « La Pastorale » produit ainsi pour nourrir la région, de la viande, du lait et du beurre. Des particuliers possèdent aussi des troupeaux de quelques têtes de bovins.

Signalons aussi l'élevage de la volaille, des chèvres et moutons, des porcs et un peu du cheval.

INDUSTRIE :

Energie : il existe une centrale hydro-électrique à Dschang qui fournit l'électricité à la ville, grâce à une chute au centre même de la ville. De nombreuses autres chutes existent au Nord de Dschang et au Sud de la région, mais non exploitées.

Sous-sol : en dehors d'un peu de lignite et de diamant, un important gisement de *bauxite* a été découvert au Nord-Ouest de Dschang, à FONGO-TONGO, en 1959. Le gisement dont les minerais ont des teneurs en alumine supérieures à 43 % donne en première estimation un tonnage de l'ordre de 55 millions de tonnes.

Nous avons déjà parlé de l'usine de dépulpage de café de Dschang. Enfin, un peu partout, on rencontre un peu d'artisanat.

Voies de communication :

Elles sont très peu développées. Jusqu'à ces derniers temps l'on ne pouvait se rendre de Douala à Dschang qu'en empruntant une seule route, celle qui passe par le département du Haut-Nkam, ce qui allongeait d'au moins deux fois le trajet et faisait de Dschang un simple terminus. Cela a longtemps défavorisé le développement de Dschang. Mais heureusement une route vient d'être construite et a été ouverte à la circulation en 1960. Cette nouvelle route longe le cours du Nkam et traverse une importante région dite « Plaine des Mbo », dans la zone forestière du Sud, zone très fertile. En dehors de cette route, de nombreuses pistes carrossables sont de plus en plus tracées qui relient les villages entre eux.

Un terrain d'aviation, d'importance très secondaire, existe à Dschang. En raison des troubles régnant actuellement dans les départements Bamiléké, consistant en actions terroristes, et rendant dangereuse ou incertaine l'utilisation des routes, une liaison aérienne a été établie entre Douala et Dschang, deux fois par semaine, pour les hommes d'affaires.

Il n'y a pas de chemin de fer.

Organisation administrative :

L'ancien arrondissement de Dschang et actuel département de la Menoua n'a qu'une seule ville : Dschang, qui en est le chef-lieu et qui est organisée en commune mixte. Le département est organisé en chefferies et les chefs de villages sont sous les ordres directs du sous-préfet. Mais ces structures traditionnelles anciennes en chefferies ont tendance à disparaître rapidement ; peut-être seront-elles remplacées par des communes. Il est nécessaire et urgent qu'une nouvelle organisation administrative intervienne.

En conclusion, nous avons donc à étudier une région plutôt riche, du moins qui possède de nombreuses possibilités de développement économique. Les habitants vivent pourtant encore dans la misère. Contrairement aux autres Bamiléké, ils sont peu commerçants vu les diffi-

cultés avec lesquelles la région communique avec les grands centres du Cameroun et la frontière avec le Cameroun occidental leur est pratiquement fermée. Peut-être la réunification des deux Cameroun jouera-t-elle ici entre autre un rôle bénéfique pour Dschang et sa région.

Ensuite il est évident qu'avec la sous-administration, les populations habitant loin de l'unique ville de Dschang n'ont que peu de chance de profiter des apports bénéfiques de la civilisation, qu'il s'agisse des écoles ou des dispensaires. Tout cela explique qu'une grande partie de la population, surtout du Sud, reste ignorante et misérable. à la fois sous-alimentée et mal nourrie. Tout cela nous permettra peut-être de mieux comprendre la situation sanitaire dans cette région.

Chapitre II

LA SITUATION SANITAIRE

Nul doute que l'étude de la situation sanitaire est primordiale. En effet sa connaissance permettrait d'avoir une idée de l'état de santé moyen dans la collectivité, de dégager les principaux problèmes sanitaires qui se posent dans la région étudiée et par conséquent d'établir, sinon un plan d'action sanitaire, du moins un ordre d'urgence et de priorité.

Mais nous serons malheureusement limité dans cette étude, faute de statistiques. Cela n'est pas pour nous étonner. En effet nous sommes dans un pays « neuf » et de ce fait il est extrêmement difficile de disposer de statistiques sanitaires englobant l'ensemble de la population camerounaise, et à plus forte raison des statistiques concernant une région somme toute fort limitée. C'est pourquoi nous donnerons d'abord un aperçu général sur la morbidité du Cameroun, puis nous insisterons sur les différences particulières de la région de Dschang d'avec le reste du Cameroun. Pour ce faire, nous utiliserons largement les communications publiées dans un rapport du Ministère de la Santé publique et de la Population du Cameroun sur « les services de la Santé publique au Cameroun en 1959 ».

I. — SITUATION SANITAIRE AU CAMEROUN

A. — Maladies infectieuses transmissibles.

1° *Le paludisme ou malaria :*

Dû ici principalement au *Plasmodium falciparum,* il semble poser au Cameroun, du point de vue épidémique, l'un des problèmes les plus importants et les plus diffi-

ciles à résoudre du moins jusqu'à ces dernières années. Plusieurs espèces d'anophèles en sont les hôtes intermédiaires : *Anopheles gambiae, A. funestus, A. moucheti* et *A. nili.* Il se manifeste surtout sous forme d'accès palustre (cause importante de mortalité), de cachexie palustre, d'accès pernicieux et de fièvre bilieuse hémoglobinurique. L'endémicité varie beaucoup d'un point à un autre, et l'indice splénique chez les enfants est compris entre 20 et 60 %.

Le paludisme est bien connu pour sa gravité et ses dégâts. En effet il est, directement ou indirectement, une des principales causes de mortalité infantile, de mortinatalité et d'avortement, donc de dénatalité importante. De plus, par sa fièvre élevée, par les lésions qu'il cause ainsi que les troubles intestinaux, l'anémie, la grosse rate et le gros foie, il affaiblit l'individu et diminue la résistance et les possibilités de défense de l'organisme et, de ce fait, augmente le nombre de décès dus à d'autres maladies et réduit la longévité. Mais il convient d'ajouter que de nombreux facteurs aggravent les manifestations du paludisme : mauvaise alimentation, carences vitaminiques, misère sociale.

Ainsi on a pu dire que le « paludisme disparaît quand la marmite commence à bouillir » ce qui souligne le rôle néfaste de la sous-alimentation et des conditions sociales en général.

Fort heureusement, grâce à l'aide de la France, de l'O.M.S. et du F.I.S.E. (Fonds International pour le Secours à l'Enfance), la gravité du paludisme est beaucoup moindre aujourd'hui au Cameroun qu'il y a dix ans. La campagne anti-paludique a commencé en avril 1953, suivant deux secteurs :

— le Secteur Nord, qui tend à protéger 200.000 habitants ;

— le Secteur Sud, dans lequel est inclue la zone pilote de YAOUNDE et qui tend à protéger 800.000 habitants.

Cette campagne comprend essentiellement :

a) L'assainissement : on utilise la méthode du

« house-spraying », consistant en aspersion de divers types d'insecticides rémanents :

— le D.D.T. (dichlorodiphényltrichloréthane) : c'est une poudre mouillable à 75 % répandue à raison de 2 gr. au mètre carré tous les six mois. 70.000 habitants sont ainsi protégés ;

— la dieldrine : poudre mouillable à 50 % répandue à la dose de 0,60 gr. au mètre carré tous les neuf mois. 62.000 habitants sont ainsi protégés ;

— l'H.C.H. (hexachlorochexane) : 0,50 gr. au mètre carré tous les trois mois.

b) Le contrôle par une surveillance hématologique et entomologique.

c) La chimioprophylaxie : par la prémaline et surtout la nivaquine.

Au total on estime à un million d'habitants le nombre des bénéficiaires de l'aide des Nations-Unies pour la prévention contre le paludisme, avec l'espoir pour près de 800.000 d'entre eux de voir le paludisme disparaître dans un avenir très proche. Les résultats sont donc encourageants. Ils seront certainement plus satisfaisants si l'on ne perd pas de vue que « le remède de la malaria est dans la marmite ».

2° *Le groupe des tréponématoses et des maladies vénériennes :*

Il semble actuellement tenir la vedette. Son importance est grande tant par sa fréquence que par ses conséquences sociales et morales. En effet, il semble que de tout temps la *syphilis,* le *pian* et la *blennorhagie* ont été connus. Mais jusqu'à présent la plupart des malades ne viennent pas se faire soigner au dispensaire et restent chez eux, soit en raison de l'éloignement, soit surtout par ignorance.

Seul le pian est le plus souvent traité, surtout chez les enfants, et est en nette régression. Quant aux maladies vénériennes proprement dites, syphilis et gonococcies, elles n'ont que peu de chance de s'éteindre ou de régresser rapidement, en raison notamment de l'évolution actuelle

de la société, souvent défavorable aux jeunes gens. En effet, la dislocation souvent brutale par la colonisation du cadre traditionnel, les systèmes bien connus de la polygamie et de la dot (dont le taux est de plus en plus élevé) ont eu pour effet de les obliger à quitter les villages pour la ville où, vivant le plus souvent en état de sous-prolétariat, ils doivent rester des années afin d'amasser assez d'argent pour pouvoir s'acheter une femme. On conçoit que cet état de choses favorise la propagation des maladies vénériennes. On pense que les complications générales de gonococcies sont la cause la plus fréquente des cas de stérilité observés.

De gros efforts ont été déployés pour lutter contre les maladies de ce groupe. En 1960, il existait trois dispensaires antivénériens au Cameroun : à Douala, Yaoundé et Maroua. De plus, au moins une douzaine d'équipes de traitement des maladies vénériennes ont été créées. Quant aux méthodes employées, « les équipes de traitement font appel aux pénicillines à long retard (P.A.M. extencilline) pour le traitement du pian et de la syphilis. En ce qui concerne les gonococcies elles sont traitées par une association de dihydro-streptomycine et de sulfamides pour les formes aiguës, et par une association de dihydrostreptomycine et de stock-vaccin (propidon) pour les formes chroniques ». (1).

« Il est regrettable que les essais de traitement des gonococcies par les pénicillines à long retard faits au dispensaire antivénérien de Yaoundé se soient soldés par des demi-échecs. Ces médicaments, s'ils avaient une efficacité suffisante auraient en effet présenté le double avantage de permettre des protocoles de traitement extrêmement simplifiés et de protéger le malade pendant quelques semaines contre une recontamination. Le gonocoque s'est malheureusement montré fort résistant à la pénicilline sous toutes ses présentations. Le phénomène n'a d'ailleurs rien d'étonnant si l'on songe aux facilités qui sont données à tous de se procurer quelques centaines d'unités de pénicilline et de se les faire administrer pour n'importe quelle dose ».

(1) Cette citation, et les suivantes, sont empruntées au Rapport sur « Les Services de la Santé Publique au Cameroun en 1959 ».

Les résultats en sont donc beaucoup moins sensibles que pour le paludisme. Il semble donc qu'il faille mettre un accent particulier sur la « prévention » dans son sens le plus large. L'éducation sanitaire et morale comme nous verrons plus loin, devra être développée, surtout par des conférences faites à la radio et dans les écoles.

3° *La tuberculose :*

a) *La tuberculose de l'appareil respiratoire :* considérée déjà comme « maladie d'avenir », mérite une attention particulière. Mais voyons d'abord comment elle se présente. Jadis on pensait que le Noir était particulièrement sensible à la tuberculose et que, comme écrit le Professeur Dufour en 1953 « la tuberculose de certains Noirs adultes est incontestablement plus explosive, plus envahissante, plus rapidement mortelle que celle des nouveau-nés européens ». Ces notions sont en voie de révision car on s'aperçoit que la tuberculose n'est pas rare en Afrique et que le Noir ne présente aucune susceptibilité particulière de caractère racial pour la maladie. C'est du moins ce qu'écrivait le Docteur P. Puech en 1960 : « La tuberculose actuelle de l'Africain ne se distingue en rien de celle du Blanc. Seule l'étendue des dégâts anatomiques caractérise la tuberculose pulmonaire des Africains... Diagnostic toujours tardif, la répugnance de l'Africain à quitter le milieu familial et, à plus forte raison la communauté villageoise, la médiocre résistance d'individus dénutris et malnutris, souvent multiparasités, expliquent aisément la proportion d'atteintes étendues et avancées ».

On peut donc conclure à l'inexistence du facteur racial dans le déroulement de la maladie tuberculeuse, et à la primauté des conditions sociales. Cette discussion n'est pas simplement théorique, car elle permet de comprendre la nécessité de porter particulièrement l'accent sur l'amélioration des conditions sociales, en même temps que sur la prévention de la maladie par le B.C.G. si l'on veut avoir quelque chance de l'endiguer. Enfin, autre facteur défavorisant et très important, l'alcool ; nous y reviendrons. Contentons-nous de rappeler, en dehors des autres conséquences de l'alcoolisme, l'affaiblissement

général de l'organisme, dont peut être responsable l'alcool, sorte de préparation à la tuberculose, surtout chez nos populations sous-alimentées et mal nourries.

L'importance extrême du problème de la tuberculose n'a pas échappé aux autorités responsables. Ce qui explique l'intensité de la campagne menée contre cette affection. L'accent est mis surtout sur la prophylaxie, à savoir la vaccination par le B.C.G. Cette vaccination s'adresse aux enfants et adolescents des principales collectivités scolaires du pays. Dans certaines régions cependant, et à titre d'essai, le B.C.G. a été appliqué dans les villages même, à toute la population âgée de 0 à 30 ans. Le B.C.G. est également pratiqué dans les maternités. On estime qu'à l'heure actuelle, 10 % de la population totale du pays est protégée par le B.C.G.

« Pour le contrôle de l'allergie cutanée, seule a été utilisée *l'intra-dermoréaction à la tuberculine à 10 unités*, de l'Institut Pasteur de Paris. Ont été définitivement abandonnés, la cuti-réaction et le timbre tuberculinique pour des raisons de commodité de lecture et de simplicité et rapidité d'exécution. »

« Pour la vaccination B.C.G., deux méthodes sont employées :

« — méthode par la scarification pour les nourrissons (maternités) ;

« — la voie intradermique pour les enfants et adolescents. La voie buccale qui n'a pas encore fait de façon certaine la preuve de son efficacité et qui est encore beaucoup discutée dans les milieux spécialisés, n'a pas été retenue au Cameroun. »

Quant à l'état de l'endémie tuberculeuse au Cameroun, l'index tuberculinique moyen était de 38 % en 1959 et semble être en progression constante. Si l'on considère cet index en fonction de l'âge des sujets testés on constate « qu'au Cameroun 25 % environ des enfants de 5 ans sont tuberculinopositifs, ainsi que 40 % des enfants de 10 ans et 47,6 % des sujets de 15 ans. En comparant avec les chiffres trouvés dans d'autres pays en voie de développement, on peut conclure que le *Cameroun doit être considéré comme un pays à endémie tuberculeuse assez forte* ».

De plus la courbe de tuberculisation suivant l'âge présente deux crochets entre 4 et 7 ans, et entre 15 et 20 ans : ce sont les deux périodes de la vie où le jeune Camerounais a le plus de chance de se contaminer et où l'intérêt de la protection conférée par le B.C.G. est plus grand. Bref, le problème de la tuberculose au Cameroun est d'importance et doit être très sérieusement pris en considération. Précisons que plus de 7.000 cas avaient été observés en 1959.

b) *La tuberculose des autres appareils :* son importance est beaucoup moindre. On a pu observer :

— tuberculose des méninges et du système nerveux central ;

— tuberculose des intestins, du péritoine et des ganglions mésentériques ;

— tuberculose des os et des articulations.

4° *La lèpre :*

Elle pose au Cameroun un des problèmes les plus importants à résoudre, tant par les difficultés de dépistage que par le prix très élevé du traitement, Au 1er janvier 1960, 33.635 lépreux étaient connus, groupés dans 39 léproseries (d'Etat ou privées). Comme thérapeutique spécifique, on utilise les sulfones, grâce à une aide de l'U.N.I.C.E.F. Il existe même un « centre chirurgical de réhabilitation » dans le village de Mvog-Manga, près de Yaoundé : « Le pavillon voisin de chirurgie lépreuse Raoul-Follereau, doté d'une salle d'opérations correctement équipée et de deux chambres de 6 lits chacune pour les opérés, est un pas en avant pour la réhabilitation des lépreux. Douché à son arrivée, habillé d'un pyjama, couchant dans un lit avec des draps, le malade admis dans le service n'est plus le paria trop connu. Il sort du centre chirurgical amélioré physiquement et moralement, peut poursuivre ses soins au village de Mvog-Manga un certain temps s'il le veut avant de rejoindre son village ». Certaines léproseries sont organisées en « colonies agricoles de lépreux » ou « villages de lépreux ».

Bref, l'effort déployé est immense. Mais pour tendre vers l'éradication de la maladie de grosses difficultés per-

sistent, non pas seulement dans le dépistage, mais surtout dans le fait que la plupart des malades ne se présentent pas à la consultation .Ceci est un handicap sérieux dans la stérilisation des malades contagieux, aussi peu nombreux soient-ils. D'où le rôle capital des « colonies agricoles de lépreux où se trouvent réunies les conditions optima de réussite de traitement de la lèpre : contrôle fréquent, présence constante des malades au traitement, surveillance des contacts (B.C.G., chimioprophylaxie). Ce dernier point est particulièrement important puisque d'une enquête portant sur plus de 13.000 malades camerounais nous avons pu relever que 45 % d'entr'eux semblaient avoir contracté leur maladie en milieu familial ».

5° *Helminthiases :*

— les *taeniasis* sont fréquents : 19.787 cas diagnostiqués en 1959 ;

— les *filiaroses* se rencontrent surtout chez des vieux paysans, dans les villages, souvent au stade d'éléphantiasis. Trois types principaux de filaires sont connus au Cameroun :

a) *loa-loa :* infeste près de 100 % de la population dans certaines régions du pays ; 8.248 cas connus en 1959 ;

b) *wuchereria bancrofti :* 3.185 cas ;

c) *onchocerca volvulus :* 1.274 cas.

— la *bilharziose* se rencontre surtout à la partie Nord du pays. Il s'agit d'une schistosomiase vésicale et surtout intestinale.

6° *Amibiase :*

On a constaté 8.132 cas sans abcès du foie et 724 cas avec abcès du foie. Leur fréquence et leur rapide propagation s'expliquent par des conditions d'hygiène lamentables dans les villages. On ne doit pas oublier que dans ces villages l'eau de boisson est constituée par l'eau des ruisseaux, des marigots et des rivières, eau souillée et utilisée souvent non filtrée et non bouillie.

7° *Trypanosomiase :*

Avant l'énergique et très admirable action entreprise par le Docteur Jamot dont le nom reste très justement attaché à la lutte contre cette maladie au Cameroun, la maladie du sommeil était responsable de nombreux décès. Mais cette maladie est loin d'être éteinte. Grâce à l'action de la lomidine, seulement environ 400 nouveaux cas ont été constatés en 1959. De plus, les anciens malades sont contrôlés et la région endémique étroitement surveillée, avec ponction ganglionnaire à la recherche du *trypanosoma gambiense* et étude des glossines et leurs infectations.

8° *Autres maladies infectieuses :*

— le *trachome :* « maladie de la misère et de l'ignorance », dont 400 cas ont été diagnostiqués. C'est une maladie localisée à l'extrême Nord du pays ;

— les *rickettsioses :* le typhus exanthématique à poux, et un peu le typhus endémique à puces ;

— *méningites suppurées* à méningocoques et à pneumocoques ;

— *dysenterie bacillaire :* 1.847 cas ;

— typhoïde, rougeole, varicelle, variole, oreillons, coqueluche, diphtérie ;

— *fièvres récurrentes.*

Disons pour finir que la fièvre jaune reste jusqu'à ce jour inconnue au Cameroun.

B. — Affections diverses.

1° *Affections respiratoires :*

Bronchite, pneumonie, broncho-pneumonie, grippe. Elles sont souvent cause de décès.

2° *Affections du foie :*

a) hépatites : infectieuses ou à virus ;

b) tumeurs malignes, primaires ou secondaires du foie et des voies biliaires.

3° *Affections de l'appareil circulatoire :*

Surtout les maladies du cœur, qui sont parmi les causes principales de décès.

4° *Autres maladies :*

— affection du système nerveux ;

— maladies des appareils génitaux de l'homme et surtout de la femme ;

— carences : rachitisme, scorbut et pellagre, mais surtout carence en protides. Ces carences sont souvent causes de décès ;

— maladies de l'estomac et de l'appareil digestif : ulcère et cancer de l'estomac ; gastrites, diarrhées et autres affections du tube digestif ;

— rhumatisme articulaire aigu, avec ses complications cardiaques ;

— le tétanos : principale cause de décès, avec les maladies du cœur.

II. — SITUATION SANITAIRE DE LA REGION DE DSCHANG

A quelques variantes près on peut dire que la pathologie camerounaise se retrouve dans la région de Dschang. Signalons cependant la relative fréquence des fièvres typhoïdes. Disons aussi qu'à l'hôpital de Dschang, à la fin de 1960, près de 50 tuberculeux étaient en traitement, dans un pavillon spécial. Ce qui est énorme, si l'on tient compte des difficultés de dépistage.

Nous avons signalé déjà le trachome et la bilharzione comme relevant uniquement de la pathologie de la partie Nord du Cameroun. En effet, ces deux maladies sont totalement absentes dans la région de Dschang.

III. — REFLEXIONS D'ENSEMBLE

Nous venons de voir les principales maladies sévissant dans la région comme dans tout le Cameroun. Parmi elles, il en existe qu'on a pu appeler « les maladies de

masse » qui affectent une bonne proportion de la population et qui contribuent pour une large part à entraver le développement économique et social de la région.

Nous avons souligné l'importance particulière de la tuberculose, du pian, des gonococcies et de la syphillis, de la lèpre, des affections gastro-intestinales, auxquelles s'ajoutent les parasitoses intestinales. On admet que ces dernières amputent dans une proportion de 25 à 30 % les rations alimentaires déjà insuffisantes.

Cet état sanitaire a des incidences énormes sur la vie économique et sociale. Ainsi l'on pense que la productivité des individus en serait réduite dans des proportions allant souvent de 30 à 60 %. Inversement on peut dire que l'extension de ces maladies de masse dépend beaucoup moins des conditions naturelles que des conditions économiques et sociales. Leurs causes principales doivent donc être recherchées dans les mauvaises conditions de logement, le défaut des adductions d'eau, l'insuffisance des installations sanitaires et surtout la sous-alimentation.

Quant aux niveaux de santé dans la région, faute de chiffres, nous nous contenterons de dire que l'espérance de vie est très réduite, la mortalité encore élevée et la mortalité infantile très élevée. Cependant, dans l'ensemble, on peut espérer une amélioration très prochaine, parallèlement aux progrès enregistrés dans le domaine médical.

Chapitre III

LES PROBLÈMES SANITAIRES

I. — SANTE ET HYGIENE GENERALE

A. — Le problème de l'alimentation et de la nutrition.

Nous avons vu que la région de Dschang n'est pas une région pauvre. Elle est même une des plus favorisées du Cameroun, en disponibilités alimentaires, car les cultures vivrières y sont nombreuses et variées. Mais que ce soit le maïs, le haricot, les bananes, les tubercules comme le macabo, les ignames, la pomme de terre, les patates douces, tous ces produits sont pauvres en protides et en sels minéraux et renferment des glucides en proportion majeure. Pourtant, vers 1940, la culture du soja, dont on connaît la particulière richesse en protides, a été introduite dans la région. Cette culture n'a nullement été encouragée et personne n'en parle plus aujourd'hui. C'est regrettable.

Comme dans toute région sous-développée, il y a ici une consommation gravement insuffisante de la viande et d'autres produits animaux, alors que sur la quantité journalière de 70 grammes de protides, un tiers au moins d'origine animale est considérée comme indispensable. De plus, la consommation de la viande est irrégulière et elle se fait pour ainsi dire au hasard et seulement aux beaux jours. D'autre part, les familles modestes, quand elles en ont les moyens, achètent une viande à bon marché, de qualité médiocre, constituée trop souvent par de la chair de porc ladre ou d'autre animal malade. En effet, comme partout, l'Africain sacrifie ici sa bête dès qu'elle

est malade et la met en vente au marché. Les services vétérinaires ne sont pas encore bien organisés, et cette viande a de fortes chances d'être mal cuite ; on comprend aisément la fréquence de certaines parasitoses intestinales, en particulier les taeniasis.

Quant à la consommation des poissons elle est encore plus rare. En effet, sauf peut-être dans la zone forestière du Sud, où les habitants vivent quelquefois des poissons pris dans la rivière, il n'y a pas à proprement parler de pêche dans la région, vu d'ailleurs le peu d'importance des cours d'eau qui la traversent.

Il y a donc manque de protéines dans l'alimentation. Certains points de la région connaissent une sous-alimentation et une malnutrition plus accentuée, mais il faut souligner que le déséquilibre alimentaire demeure un phénomène général et inquiétant. Ce déséquilibre alimentaire s'avère plus grave chez les populations de la ville. En effet, à la différence des ruraux, les citadins ne disposent pas des produits de la cueillette, de la chasse et de la pêche, et ils dépendent étroitement pour leur nourriture des denrées introduites dans le circuit commercial ou que les paysannes viennent leur vendre. On comprend que, ayant un revenu très bas, si ce n'est nul, ils ne puissent se procurer que les produits à bon marché, peu calorigènes.

Notons que l'Africain ne possède pas encore la notion de « ration alimentaire ». Quand on peut, on varie et on mange à sa faim. On varie soit pour conserver l'appétit, soit pour éviter qu'une alimentation trop monotone ou unique ne produise des troubles gastro-intestinaux, constipation ou diarrhée. C'est ainsi qu'on a « une envie de la viande » plutôt qu'un besoin. Bref, l'alimentation est quantitativement et surtout qualitativement défectueuse. Dans ces conditions, il est permis de dire qu'une bonne partie de la population ne dispose pas d'une alimentation suffisante pouvant lui assurer 1.500 ou 2.000 calories, alors qu'il lui faudrait normalement plus de 3.000 calories. Le problème de la nutrition est donc essentiel ici, et doit être sérieusement pris en considération.

B. — Le problème de l'hygiène.

1° *Hygiène alimentaire :*

Nous venons de voir plus haut l'insuffisance alimentaire qualitative, laquelle peut se traduire par de dangereuses maladies de carences. En effet, nul doute que les avitaminoses et autres carences sont courantes.

D'autre part, l'eau utilisée pour les besoins ménagers est fournie exclusivement par l'eau des ruisseaux. Cette eau est évidemment très sale étant donné que ces ruisseaux reçoivent les eaux de pluies et qu'on s'y baigne. Comme eau de boisson, elle est généralement bue telle quelle, sans être bouillie au préalable, l'usage du filtre étant usité uniquement dans quelques familles aisées. Elle est parfois avantageusement remplacée par l'eau des pluies recueillie directement. Sauf dans certains quartiers privilégiés de la ville, les fontaines sont rares. Bref, tout ce qui précède montre la fréquence des affections gastro-intestinales et leur facilité de propagation.

Bien entendu, l'enfant subit largement les conséquences de cette situation. Sauf peut-être le tout jeune et le nourrisson, dont la seule chance reste l'allaitement maternel qui est une habitude africaine. Mais l'enfant est souvent nourri trop tôt aux aliments et peut-être pas toujours de façon correcte. Dans les villages, le biberon est généralement inconnu. Si l'on ajoute à tout cela l'insalubrité des maisons et le manque d'hygiène, on voit largement expliquée la mortalité infantile.

2° *Hygiène individuelle :*

En dépit des apparences l'Africain est propre en général. Mais il se salit vite, étant peu ou mal vêtu, en raison de son ignorance mais surtout de sa pauvreté. Avec donc l'aide de quelques conseils du médecin et l'amélioration des conditions économiques, tout ira bien dans ce domaine.

3° *Hygiène de l'habitation :*

L'habitation est dans la majorité des cas insalubre : pièce souvent unique, peu aérée, où s'entasse une nom-

breuse famille. Mais ce type de maison d'habitation tend à disparaître et, de plus en plus, se construisent, un peu partout, des maisons de type nouveau, en briques sèches, parfois recouvertes de tôles et permettant une vie plus normale, plus saine. Mais il n'y a pas toujours d'égouts, pas assez de fosses d'aisance. Dans la ville, d'importants progrès ont été faits récemment, dans le sens de l'amélioration des conditions de l'habitat.

C. — Problème de l'alcoolisme.

Nous serions incomplets si nous ne disions un mot de ce problème capital. Il est capital par l'énorme quantité d'alcool qui est consommé au Cameroun. Il l'est aussi parce que l'alcoolisme tend à anéantir les efforts de lutte de la médecine moderne contre les différentes maladies et à créer des problèmes nouveaux, en affaiblissant et en appauvrissant davantage encore les populations et en préparant des candidats en neuro-psychiatrie.

Pour situer l'importance de ce problème, écoutons M. le Pasteur La Gravière qui, dans une communication faite aux Journées d'Etudes sur l'alcoolisme, tenues à Paris le 7 mai 1954, affirmait : « Les conséquences de cet accroissement massif des importations d'alcool et, par conséquent de la consommation, sont catastrophiques dès maintenant pour des millions d'êtres humains. Un haut fonctionnaire revenant du Cameroun m'affirmait qu'aux dires des médecins, la population de ce territoire sera exterminée dans dix ans ». Voilà. Les boissons importées consistaient en vins et apéritifs, eau-de-vie et liqueurs. Le Cameroun a le triste record du plus alcoolisé des Etats africains d'expression française, si l'on peut s'exprimer ainsi, car le phénomène est général en Afrique. Ainsi, de 1938 à 1954, le tonnage des boissons importées au Cameroun avait connu un accroissement incroyable de 1.300 % ! Ce chiffre est effrayant, mais il prend toute sa triste réalité si l'on sait que, dans la même période, les importations des boissons alcoolisées ont été supérieures de 28 % à celles des cotonnades, de 20,70 % à celles du sucre, de 10 % à celles de la farine.

Nous ignorons les chiffres actuels, mais ils sont en nette régression. Cependant, il ne faut pas oublier la fa-

brication massive sur place de la bière par les « Brasseries du Cameroun ». Notons également la multiplicité des bars et la propagande effrénée autour des boissons alcooliques. La consommation des jus de fruit est quasi inexistante.

Dans la région de Dschang, la consommation d'alcool est beaucoup moins importante que dans les grands centres comme Douala. Mais il n'en constitue pas moins un danger et le sera d'autant plus vite que Dschang prendra de l'importance. Le problème de l'alcoolisme dans cette région, comme dans tout le Cameroun, mérite une attention particulière, d'autant plus qu'ici, il semble que des mesures préventives aient de fortes chances de donner de bons résultats (arrêt ou contrôle de l'importation des boissons alcooliques, interdiction absolue des programmes pro-alcooliques, fabrication locale des jus de fruit et propagande anti-alcoolique...).

II. — CROYANCES ET HABITUDES EN MATIERE SANITAIRE

Il nous suffira ici, après avoir vu leurs habitudes alimentaires et leurs modes de vie, de dire comment se soignaient et se soignent encore la plupart des habitants de cette région comme de tout le Cameroun.

Disons tout de suite qu'il existe une « médecine indigène » et une « médecine européenne » moderne, c'est-à-dire les hôpitaux, les dispensaires et les soins qui y sont dispensés. Quant à la « médecine indigène », ce sont les charlatans (ou si l'on préfère les sorciers), les herbes, les drogues et parfois la poussière, qui font office de médecin ou de chirurgien, de pharmacien et de remèdes. Voilà ce qui se pratiquait avant l'arrivée des Européens. Bien entendu, cela est primitif, même barbare à certains égards. Mais, scientifiquement, il convient de se demander si derrière cette façade, il n'y aurait pas un terrain inexploré et ignoré et que le système colonial n'aurait pas permis d'étudier. Car il faut bien avouer que nous autres, qui possédons la culture occidentale, nous sommes bien

ennuyés, quand on nous parle ou quand on nous met par exemple devant des cas de guérison de céphalées ou de migraines par des herbes, ou de cas de maladies graves, d'ordre psychiatrique souvent, guéries par des moyens indigènes, alors que la médecine européenne a échoué. Certes, cela demanderait une vérification médicale, mais il faut bien admettre que nos paysans connaissent pas mal d'herbes ou de plantes possédant des propriétés pharmaco-dynamiques importantes. Il y a certainement là un domaine de travail intéressant pour nos futurs chercheurs.

Mais en attendant, cette pratique de la médecine indigène, si elle semble constituer à certains égards un palliatif, elle est encore trop souvent, si ce n'est toujours, un sérieux handicap au progès de la pratique médicale moderne. En effet, le premier réflexe du malade ou de son entourage est d'abord de consulter le charlatan qui lui donne ses « soins » moyennant une certaine somme d'argent. Il l'exploite donc tant qu'il peut en lui faisant croire qu'il est le seul pouvant le guérir et que les remèdes européens ne pourront le guérir de son affection. C'est quand les choses empirent et que le charlatan a peur qu'on ne lui impute le décès du malade, que celui-ci est envoyé à l'hôpital, lequel est situé à 10 ou 30 kilomètres ; de plus, on ne dispose pas de moyens de transports. Bref, le malade arrive à l'hôpital au dernier stade de la maladie, si ce n'est en agonie. On ne pourra donc le guérir et cela sera imputé à l'échec de la médecine moderne. D'où encore manque de confiance en cette médecine. Le rôle néfaste du charlatanisme ne fait là aucun doute, mais aussi celui que joue l'ignorance de la population.

Fort heureusement, les choses ont un peu évolué ces dernières années et l'hôpital et les dispensaires connaissent un succès de plus en plus important. Mais le charlatanisme persiste et devra être sérieusement combattu, non par la loi, car il y aura toujours des charlatans ou des sorciers, comme existent partout dans le monde des sorciers et des guérisseurs, mais par la lutte contre l'ignorance, la misère, la pauvreté.

III. — LES SERVICES SANITAIRES

Nous avons déjà eu l'occasion de rendre hommage à la France pour les services rendus à notre pays comme à toutes ses anciennes possessions en Afrique, dans le domaine sanitaire. On peut même dire que ce service est nettement plus beau que celui rendu en matière de l'enseignement (pourtant lui aussi admirable), certainement parce que plus indépendant des facteurs politiques. Pourtant on est bien obligé de dire que les services sanitaires restent gravement insuffisants. Ceci bien entendu n'étonne guère dans un pays en voie de développement.

A. — Services privés.

La région de Dschang est l'une de celles qui en sont le moins pourvues. En effet, il existe un peu partout dans le Cameroun des formations sanitaires créées et dirigées par des missions confessionnelles françaises ou étrangères : hôpitaux, dispensaires, maternités et infirmeries. A Dschang, il n'existe qu'une petite infirmerie, à la Mission Catholique Française, qui dispense de petits soins : piqûres, pansements.

Il convient d'ajouter qu'il existe une pharmacie privée.

B. — Services publics.

Réduits à leur plus simple expression, ils méritent cependant une certaine considération, tant en raison du succès remporté de plus en plus auprès des malades qu'à cause des efforts faits récemment dans le sens du développement et de l'organisation.

1° *Infrastructure et organisation :*

a) *Hôpital :* il n'y a pas d'hôpital à proprement parler dans la région, mais ce qu'on appelle le CENTRE MEDICAL DE DSCHANG.

Il semble que ce centre médical soit l'une des formations les plus réussies, en dehors des hôpitaux des grands centres de Douala, Yaoundé et Ayos. De ce fait, il fonctionne comme un véritable hôpital, bien que n'en

LE CENTRE MEDICAL

Bloc principal

LE DISPENSAIRE URBAIN

(Vu de face)

ayant pas le statut, avec une capacité hospitalière de près de 500 lits, la plus forte de tous les centres médicaux du Cameroun (en dehors des véritables hôpitaux).

Le Centre Médical de Dschang est ainsi composé :

— un bâtiment à un étage, comprenant lui-même :
  — le bloc principal avec, au rez-de-chaussée, deux parties séparées par un couloir : d'un côté le service de médecine A, le bureau du médecin capitaine et celui du médecin lieutenant ; de l'autre, la pharmacie, le service de radiologie et le service de médecine B. L'étage comprend d'un côté le service de chirurgie I, de l'autre la maternité ;
  — à ce bloc principal est annexé un autre, plus petit, situé en avant. Il comprend, au rez-de-chaussée, le bureau du lieutenant-colonel, le secrétariat, le bureau du gestionnaire, le cabinet dentaire et le laboratoire. L'étage est réservé au bloc opératoire ;
— cinq pavillons pour les services de médecine C, médecine D, chirurgie II, phtisiologie et contagieux.

En date du 22 avril 1961, les malades étaient ainsi répartis :

Médecine A	64 malades,
Médecine B	43 malades,
Médecine C	69 malades,
Médecine D	58 malades,
Phtisiologie	48 malades,
Contagieux	11 malades,
Maternité	48 malades,
Chirurgie I	51 malades,
Chirurgie II	45 malades,
Soit un total de....	437 malades.

b) *Dispensaires et infirmeries :* jusqu'en 1960, avant l'apparition des graves troubles qu'a connus tout l'ancien département Bamiléké, il existait 6 dispensaires dans la région de Dschang : le dispensaire urbain, les dispensaires de Balessing, de Fomopea, de Fokoué, de Bamendou et de Fotsa-Toula. De toutes ces formations, seul le dispensaire

urbain est un vrai dispensaire, les autres étant ce qu'on appelle des *postes-antennes* ayant un infirmier pour responsable. Du reste, aujourd'hui, seul le *dispensaire urbain* fonctionne encore. Il fait corps avec le Centre Médical et travaille en quelque sorte en synergie avec ce dernier, lui envoyant journellement des malades à hospitaliser. Environ 150 à 200 consultants viennent tous les jours au dispensaire. Il y a eu pendant le premier trimestre 1961, 10.666 consultations d'enfants de tous âges.

c) *Service d'hygiène mobile et de prophylaxie* (*S.H.M.P.*) : l'idée du S.H.M.P. date de 1926. Ce système avait permis sous la direction du docteur Jamot, de faire des progrès considérables dans la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun. Le S.H.M.P. est constitué d'un certain nombre d'équipes mobiles, s'occupe de la médecine de masse. Une de ces équipes mobiles est basée à Dschang. Elle parcourt périodiquement la région, pratique des vaccinations, dépiste des malades dont certains sont dirigés sur l'hôpital et traite certaines maladies : pian, syphilis, gonococcies, trypanosomiase, tuberculose, lèpre, etc...

Ajoutons qu'il existe une léproserie dans un département voisin de Mifi, à Balenc, qui reçoit aussi les lépreux de Dschang.

2° *Le budget :*

Etant donné que les choses sont actuellement en réorganisation en raison notamment de la naissance de nouveaux départements, il nous a été impossible d'obtenir un chiffre précis.

3° *Le personnel :*

a) *le personnel européen* comprend trois médecins militaires :

— un médecin lieutenant-colonel, médecin-chef du centre médical, chirurgien et directeur départemental de la Santé ;

— un médecin capitaine, adjoint au médecin-chef ;

— un médecin lieutenant.

b) *Le personnel africain* ne comprend aucun médecin mais des infirmiers. Il y a une vingtaine d'infirmiers, pour la plupart auxiliaires. Notamment, il n'y a aucun infirmier diplômé d'Etat. Il y a une sage-femme (de diplôme local) assistée de deux ou trois matronnes et travaillant sous la direction personnelle du médecin-chef. Il n'y a pas d'assistante sociale, mais une auxiliaire jouant le rôle d'assistante tant bien que mal.

Il n'y a pas de dentiste, ni de pharmacien. Un infirmier s'occupe de la pharmacie et un autre est gestionnaire.

En somme, l'insuffisance des services sanitaires ne fait l'ombre d'aucun doute, encore qu'elle soit aggravée par une pénurie du personnel doublée d'un manque quasi-total de qualification du personnel infirmier.

IV. — COUT DE LA MALADIE

Dans tous les pays du monde, des dépenses énormes sont dues aux maladies : prévention, diagnostic et traitement. Mais en dehors de ces dépenses, il y en a d'un autre ordre, ce qu'on peut appeler le « manque à gagner », c'est-à-dire les pertes dues à l'incapacité de travail provoquée par la maladie. Nul doute que ces pertes et ces dépenses sont beaucoup plus importantes dans les pays sous-développés. Ces pays sont caractérisés précisément par, d'une part, les faiblesses de l'agriculture, le faible degré ou l'absence totale d'industrialisation et le sous-emploi chronique, d'autre part, l'importance des maladies et leurs ravages : toutes ces considérations s'appliquent admirablement à la région de Dschang, qui n'est qu'un cas particulier, mais nous ne pouvons chiffrer exactement le phénomène.

1° Cout en heures de travail perdues.

Il y a une perte incontestable de potentiel de production, perte due à des maladies entraînant une incapacité de travail. Nous avons vu que la productivité des individus était réduite dans des proportions considérables allant de 30 à 60% en raison d'un état sanitaire déficient.

La population malade ne travaille pas et reste plongée dans sa misère, laquelle favorise et entretient ses maladies. Le cercle vicieux est donc fermé. Il faut le briser, en améliorant le développement sanitaire, ce qui augmente la force de production et, partant, le développement économique.

2° Prix de revient de la lutte contre la maladie.

La lutte contre la maladie représente une charge financière importante, comportant les soins médicaux et hospitaliers. On estime cependant que, grâce aux méthodes modernes de lutte contre les maladies (insecticides, antibiotiques, sulfamides, vaccinations, etc...) le prix de revient des campagnes de lutte tend à devenir relativement faible. C'est ainsi qu'il faudrait en moyenne 1 NF pour guérir le pian, 10 NF pour traiter un lépreux et 0,80 NF pour protéger un individu contre le paludisme (soit respectivement 50 fr. C.F.A. pour le pian, 500 fr. C.F.A. pour la lèpre et 40 fr. C.F.A. pour le paludisme). Mais cela ne dispense en rien de la construction et la multiplication des établissements sanitaires, hôpitaux et dispensaires. Cette construction et le fonctionnement de ces établissements demendent des investissements énormes.

Bref, le prix de revient de la lutte contre la maladie est remarquablement élevé. Il est d'autant plus élevé qu'il reste un nombre de maladies et un nombre de cas à traiter. Il est d'autant plus élevé et a d'autant moins tendance à baisser que le développement économique n'accompagne pas le développement sanitaire, que la population reste misérable et ignorante.

LE CENTRE MEDICAL

Service de Médecine C

LE CENTRE MEDICAL

Service de Phtisiologie

Chapitre IV

UN PROGRAMME RÉGIONAL D'ACTION SANITAIRE

I. — LES BUTS

Lutte contre les maladies et efficacité des services sanitaires.

1° Programme existant.

Nous avons eu l'occasion de souligner le rôle bénéfique joué par le S.H.M.P. et le succès que remporte de plus en plus l'unique formation sanitaire, le Centre Médical, avec sa maternité et le dispensaire.

Mais la plupart des villages sont loin de Dschang et n'ont pas de dispensaire. Il est donc évident que cette infrastructure insuffisante et la pénurie en personnel ne peuvent pas permettre une lutte efficace contre les maladies.

2° Programme souhaité.

A. — *Amélioration de l'infrastructure.*

Cette amélioration nous paraît être dans l'état actuel des choses la condition première du succès. Il existe peu de moyens de communication ; les populations sont pauvres et ignorantes. Il ne faut en aucune façon perdre le contact avec elles. Il est donc urgent de développer l'infrastructure, notamment par :

a) création de centres de protection maternelle et infantile ;

b) multiplication de dispensaires, dont quelques-uns avec possibilité d'hébergement ou d'hospitalisation de

courte durée (s'ils sont éloignés de Dschang), en attendant l'évacuation sur le Centre Médical ;

c) multiplication des maternités ;

d) mieux : création de ce que l'on peut appeler CENTRES DE SANTE, au nombre de trois ou quatre, couvrant tout le département. Un centre de santé comprendra : un dispensaire, une maternité avec consultations de nourrissons. Dans chacune de ces formations travailleront en collaboration : infirmières, sages-fammes et assistantes sociales ;

e) création d'une école régionale pour infirmières ou infirmiers, sages-femmes et assistantes sociales ;

f) création d'un centre régional de biologie pouvant comprendre un centre de transfusion sanguine et permettre la pratique des examens courants de laboratoire ;

g) transformation immédiate de l'actuel Centre Médical en *véritable hôpital.* D'abord, devenant hôpital, ce centre médical sera mieux équipé et comprendra lui aussi les services de pédiatrie, de stomatologie, de gynécologie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, etc... Ensuite, et surtout, le régime alimentaire sera très amélioré, ce qui est important vu les conditions économico-sociales de la population décrites plus haut. L'alimentation actuelle des malades (liée au fait qu'il ne s'agit pas ici d'un hôpital) est plus que déplorable.

Cette transformation du Centre Médical de Dschang en HOPITAL est donc nécessaire, même indispensable. On ne doit pas perdre de vue la situation de Dschang, presque à la « frontière » des deux Cameroun, et le fait qu'au lendemain de la réunification (en octobre 1961), l'hôpital de Dschang devra probablement recevoir les maladese des deux parties du pays.

Pour l'heure, il ne nous semble pas qu'il faille construire un deuxième hôpital dans le département, mais cela ne peut être exclu absolument pour un prochain avenir. Du moins est-il permis d'espérer que l'actuel Centre Médical (situé en plein centre de la ville), en devenant hôpital, change d'emplacement, afin d'éviter les bruits, de disposer de plus d'espace et de permettre aux malades de respirer un air pur.

B. — *Modification du personnel :*

a) *Africanisation des cadres :* il est permis de souhaiter l'africanisation (camerounisation) des cadres, à tous les échelons. Ceci n'a pas besoin d'explication particulière. Il devient de plus en plus évident que les progrès enregistrés dans le développement sanitaire, comme dans d'autres domaines dans les pays sous-développés, doivent passer par là.

Les conditions psychologiques, les difficultés qu'ont les médecins européens (même après l'époque coloniale) pour entrer en contact avec nos malades (malgré leur dévouement extrême qu'il faut louer ici), ne sont pas faites pour faciliter leur tâche, ni celle des malades. Disons tout de suite que cette africanisation ne peut être que progressive, au fur et à mesure de la formation des cadres camerounais compétents.

b) *Formation du personnel para-médical :* ceci est un problème capital, car sans personnel infirmier nombreux et compétent, le travail ne peut marcher qu'au ralenti. Il faudrait disposer d'un minimum d'infirmiers, de sages-femmes et d'assistantes sociales, diplômées d'Etat, dont on pourra faire des chefs de service, notamment dans les dispensaires et maternités de villages, ou dans les « centres de santé ». Mais, étant donné le prix élevé de la formation de tout ce personnel, on sera bien obligé, afin d'assurer une marche normale et une certaine efficacité, de former d'urgence de nombreux auxiliaires, notamment des aides-soignantes.

Bien entendu, ce personnel devra être recruté sur place. Le personnel infirmier, même auxiliaire, devra recevoir une formation complémentaire, dans le sens de la spécialisation : laboratoire, électro-radiologie, chirurgie, puériculture, protection maternelle et infantile, éducation sanitaire, etc... Il faudra aussi former des agents d'assainissement et de secourisme d'urgence.

C. — *Amélioration dans l'organisation :*

Une fois les divers services et formations mis en place, il restera aux médecins responsables d'assurer plus régulièrement la surveillance de leur région sanitaire. En par-

ticulier, l'un d'eux devra être chargé d'effectuer des tournées périodiques dans toute la région, afin de s'assurer du fonctionnement des formations sanitaires.

Cela demande, de la part de nos médecins, une meilleure conscience professionnelle. Il serait grand temps que soit respectée, dans son intégralité, la noblesse de notre profession, digne du grand Hippocrate.

Savoir respecter le malade, ne plus voir en lui que l'homme qui souffre, à l'exclusion de toutes autres considérations : voilà ce qui nous manquerait.

Quant aux infirmiers, « l'accent doit être mis, dans l'instruction du personnel local, sur le développement de la conscience professionnelle, point encore trop souvent faible chez nos infirmiers, les connaissances générales étant dans l'ensemble très satisfaisantes ».

Nous avons déjà eu l'occasion de parler de l'urgente nécessité d'améliorer l'alimentation des malades hospitalisés. De même le système de l'assistance médicale gratuite doit rester la toile de fond de la nouvelle politique sanitaire. Dans le même ordre d'idées, une formule comme celle des ambulances (municipales ou régionales) doit être retenue afin de parer notamment aux difficultés d'hospitalisation dues à l'éloignement de certains villages.

Enfin, les consultations doivent pouvoir se poursuivre les après-midi, comme les matins. Bref, l'organisation du travail doit être faite en tenant grand compte des conditions locales, sans perdre de vue le but recherché : l'efficacité des services sanitaires. C'est à ce prix que l'on pourra élever sensiblement l'espérance de vie, réduire la mortalité et faire reculer notablement les maladies.

II. — LES MOYENS

1° Education sanitaire.

L'éducation sanitaire est certainement le premier et le meilleur moyen pouvant permettre une lutte plus efficace contre les maladies, une amélioration constante des niveaux de vie et un meilleur rendement des services sanitaires. Il est en effet essentiel de faire comprendre à

la population que le système sanitaire lui est destiné. Il faut la convaincre de la nécessité pour elle de contribuer activement à la prévention, au dépistage et au traitement des maladies. Cette éducation sanitaire peut se faire dans les circonstances et les lieux les plus divers.

a) *Education sanitaire à l'école :*

L'éducation sanitaire doit faire partie du programme scolaire. C'est à l'école que l'enfant apprendra mieux la nécessité de l'hygiène et d'une alimentation correcte et équilibrée, et les méfaits de l'alcool sur l'individu, la société et l'Etat. Il peut arriver que des enfants de retour de l'école fassent profiter de ces conseils à leur entourage. Le rôle de l'école est évident et très sensible en Afrique.

b) *Education sanitaire à l'hôpital, au dispensaire et à la maternité :*

Ce sont ici des lieux privilégiés pour l'éducation sanitaire des adultes. Les malades, ou les personnes les accompagnant, apprennent beaucoup de choses, rien qu'en observant les médecins, les infirmiers, les infirmières et les sages-femmes. C'est aussi la meilleure occasion de prodiguer des conseils d'hygiène. Par exemple, des expositions d'hygiène, de layettes et de vêtements, des démonstrations pratiques de préparation de biberons et de bouillies seraient souhaitables. Beaucoup de jeunes mamans profitent énormément des conseils qui leur ont été donnés par les sages-femmes.

c) *Education sanitaire par la presse, la radio et le cinéma :*

Ces moyens peuvent être employés partout et en toutes circonstances : à l'école comme à la campagne, au lieu de travail, au marché, dans les lieux fréquentés, à l'hôpital, au dispensaire. Malheureusement cela suppose un minimum d'instruction, ce qui est loin d'être général dans le cas qui nous occupe.

2° Choix d'une politique sanitaire.

Il s'agit en effet d'opter pour une véritable politique sanitaire plutôt qu'une simple action sanitaire purement palliative et qui ne donnerait que des résultats fort limités.

a) *Politique nationale et politique locale :*

Dans une certaine mesure il doit exister un minimum d'autonomie locale dans l'organisation et le développement sanitaire régional. Mais cette autonomie est nécessairement limitée. Ainsi, une politique sanitaire nationale peut être un frein à un développement sanitaire régional si elle n'est pas dynamique, révolutionnaire.

b) *Médecine individuelle et médecine de masse :*

Il convient de ne pas perdre de vue que l'objectif à atteindre, c'est d'apporter au peuple des moyens pour le guérir, le protéger contre les maux éventuels, et puis l'éduquer. Donc une triple action : éducation, prophylaxie et traitement. Or, il y a pour le moment insuffisance de la fréquentation hospitalière, insuffisance qui explique en partie le succès remporté par les groupes mobiles. Il ne saurait donc être question de choisir entre la médecine individuelle pratiquée par le Centre Médical et au dispensaire, et la médecine de masse pratiquée par les groupes mobiles, mais bien de les harmoniser, les coordonner de façon à toucher le plus possible la population. Au stade actuel donc on ne peut manquer d'aller vers la population, car on ne peut encore lui demander de venir solliciter nos soins.

c) *Nécessité d'une orientation vers une médecine nationalisée :*

D'après tout ce qui précède, nous savons que le pouvoir d'achat est à l'heure actuelle extrêmement bas, que la fréquentation hospitalière n'est pas encore satisfaisante. Or, si au début les soins étaient absolument gratuits, sans doute dans le but d'encourager les malades, ils le deviennent de moins en moins. Surtout pour les malades hospitalisés (sauf cas très graves), et très souvent les médecins

délivrent les ordonnances aux malades ou à leurs parents pour aller acheter les médicaments à la pharmacie en ville. Ceci ne peut évidemment avoir pour résultat que d'éloigner davantage certains malades et d'anéantir l'œuvre magnifique entreprise. D'autre part, vu la misère de la population, les possibilités d'une médecine libérale demeurent réduites, sinon nulles, et si l'on considère tout le Cameroun par exemple, 99 % des médecins exerçant dans le pays sont des fonctionnaires contractuels. En conséquence, il est nécessaire, possible et urgent d'orienter la politique sanitaire du Cameroun vers une *médecine nationalisée*. Ce système est de nature à permettre à tout habitant de bénéficier de soins médicaux gratuits, à tout moment, où qu'il soit et quelle que soit sa richesse, et de le rendre capable de contribuer au bien-être social et au développement économique du pays. Nous ne pouvons ici étudier les modalités pratiques d'application de ce système, cela n'entrant pas dans le cadre de ce travail.

3° Moyens financiers et techniques.

A. — *Aide internationale :*

Cette aide peut revêtir deux formes : bilatérale et multilatérale.

a) *aide bilatérale :* c'est l'aide qu'on peut recevoir d'un autre pays. D'une façon très générale c'est une aide très engagée, politisée ; c'est notamment le cas de l'aide américaine et de l'aide soviétique. De ce fait elle est très mal utilisée, et perd beaucoup de sa valeur. Ce qui est dommage, car c'est la plus forte en importance.

Le Cameroun reçoit son aide principalement de la France dans le cadre de l'Assistance Technique et Financière, et par l'intermédiaire du « Fonds de Coopération Economique et Sociale » qui a succédé à l'ancien F.I. D.E.S. Il n'est pas besoin de souligner le rôle et l'importance de l'aide que la France a accordée au Cameroun en matière sanitaire. C'est une œuvre magnifique dont la France peut être très justement fière.

b) *aide multilatérale :* c'est l'aide apportée par une organisation internationale. Elle est accordée pour ser-

vice public international. C'est une œuvre dépolitisée. Cette neutralité de l'aide n'existe que dans les organisations internationales. L'importance de cette aide est faible, par rapport à l'aide bilatérale. Néanmoins elle est beaucoup plus utile, plus rentable car plus judicieusement utilisée, donc plus efficace. C'est pourquoi les spécialistes pensent actuellement qu'elle devrait remplacer l'aide bilatérale et que les pays sous-développés ne devraient plus accepter d'aide bilatérale. Plusieurs organismes fournissent cette aide au Cameroun, nous n'en citerons que les principaux, au nombre de trois :

— *Fonds d'investissement pour les pays et territoires d'outre-mer :*

Elle est distribuée dans le cadre de l'aide européenne aux pays sous-développés. Bien qu'elle revête un caractère international elle se rapproche politiquement de l'aide bilatérale.

— *Fonds des Nations Unies pour l'Enfance* ou *United Nations Children'Fund* (*U.N.I.C.E.F.*) :

Il a succédé à l'ancien Fonds International de Secours à l'Enfance (F.I.S.E.). L'U.N.I.C.E.F. veille surtout sur la santé de l'enfance. Son activité porte sur quatre points principaux : la lutte contre les maladies, la nutrition, la protection maternelle et infantile, l'aide d'urgence.

L'U.N.I.C.E.F. relève du Conseil Economique et Social des Nations Unies et travaille en étroite collaboration avec les institutions spécialisées des Nations Unies pour chaque domaine spécifique : la F.A.O. (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture), l'U.N.E.S.C.O. et l'O.M.S. Nous avons déjà souligné l'importance de l'aide que le Cameroun reçoit de l'U.N.I.C. E.F. dans les domaines les plus divers.

— *Organisation Mondiale de la Santé* ou *O.M.S. :*

Comme nous venons de le dire, c'est une institution spécialisée de l'O.N.U. Ses activités en matière d'assistance technique sont nombreuses : organisation des services sanitaires des pays sous-développés, lutte contre les

maladies, développement de l'infrastructure sanitaire, assainissement, hygiène maternelle et infantile, information et éducation sanitaire de base, etc... L'O.M.S. accorde aussi des bourses aux ressortissants des pays qui en font la demande. Enfin elle envoie des experts, des équipes d'intervention ou de démonstration. Tant sous le régime de tutelle, jusqu'à il y a deux ans, par l'intermédiaire de la France, qu'actuellement sous celui de l'indépendance, le Cameroun a énormément profité de l'aide de l'O.M.S.

c) *Rôle et signification de l'aide internationale :* comme on le voit, l'aide internationale est énorme. Pour un pays sous-déevloppé comme le Cameroun, elle est indispensable, et elle a permis une amélioration importante de la situation sanitaire du pays. Mais il reste encore beaucoup à faire.

On ne doit cependant pas tout attendre de l'extérieur. Cette aide n'est pas un don qu'on distribue à tout hasard. Le meilleur exemple est celui de l'U.N.I.C.E.F. qui exige de tout pays qui formule une demande d'aide de s'engager à investir dans les programmes qui seront élaborés une somme au moins égale à celle qui y sera consacrée par l'U.N.I.C.E.F. Ainsi prévaut le principe « aide-toi, l'U.N.I.C.E.F. t'aidera ». L'aide internationale doit permettre une certaine prise de conscience de la part du pays qui la reçoit. Ce pays doit pouvoir faire fonctionner tout seul après les services que l'aide internationale aura permis d'installer. Cette aide n'a de sens et d'efficacité que si le pays qui la reçoit est décidé à transformer ses propres structures, afin d'atteindre rapidement un niveau d'évolution satisfaisant.

B. — *Aide intérieure :*

Elle doit être assez substantielle, car nous avons vu qu'elle conditionne dans une certaine mesure l'efficacité de l'aide internationale. Or, en 1959, on estimait au Cameroun que « le pourcentage de l'ensemble des dépenses de l'Etat est de 12,20 % au lieu de 11,57 % en 1958 ». Ce chiffre est assez faible, si l'on admet qu'un pays en voie de développement doit consacrer 15 % de son budget au fonctionnement des services de santé. Il est donc souhai-

table que ce pourcentage s'améliore rapidement. Quoiqu'il en soit, étudions l'aide intérieure pour une région sanitaire. Elle est de deux ordres :

a) *aide du gouvernement et des autorités :* le gouvernement peut contribuer au développement régional par l'octroi de capitaux, de matériel et de personnel. Il en est de même pour les autorités locales, municipalités ou autres ;

b) *aide de la population elle-même :* elle peut se manifester de deux façons : soit mobilisation et utilisation de la main-d'œuvre oisive, sorte « d'investissement humain », soit sollicitation de la participation de la population, à qui l'on devra expliquer le but du plan envisagé, dans l'élaboration et l'application duquel elle pourra participer.

Ainsi la population pourra aider à la construction des routes et des établissements sanitaires. Tout permet de penser que de cette façon elle saura mieux apprécier les formations sanitaires et les services mis à sa disposition. Ces formations sanitaires seront fréquentes et la population sera mieux suivie au point de vue sanitaire.

CONCLUSION

La région que nous venons d'étudier du point de vue sanitaire est certes très limitée. Si nous ne pouvons prétendre qu'elle soit une « Afrique en miniature », ni même un « Cameroun en miniature », il est cependant permis de remarquer que la plupart des conditions tant géographiques, économiques, que sanitaires, se retrouvent dans un grand nombre de régions du Cameroun, et même de l'Afrique.

En tout cas, à travers cette étude on retrouve les grands traits de la pathologie exotique, au Cameroun et en Afrique. Dans aucun Etat de ce continent on ne sous-estime le grand danger que représentent le paludisme, la lèpre ou la tuberculose. De même les problèmes sanitaires se trouvent être les mêmes partout, à quelques variantes près.

Les problèmes à résoudre sont énormes, effrayants, et demandent à être attaqués avec courage et résolution. Mais certains semblent conditionner, directement ou indirectement, la solution des autres. Tels les problèmes de la nutrition, de l'alcoolisme, de la protection maternelle et infantile, de l'éducation sanitaire, qui méritent d'être soulignés.

Pour résoudre ces problèmes, nous pensons que l'indispensable aide internationale, qui dans l'avenir devra être de préférence multilatérale, n'aura l'efficacité qu'on est en droit d'en attendre, que sous certaines conditions. D'abord, pour combattre la misère actuelle, les conditions économiques et sociales doivent être améliorées, ce qui suppose une modification profonde des structures économiques actuelles du pays. Enfin la formule d'une médecine nationalisée *nous paraît être la meilleure, pouvant seule permettre l'amélioration des conditions sanitaires de la population.*

« AUX GRANDS MAUX LES GRANDS REMEDES »

BIBLIOGRAPHIE

Les services de la Santé Publique au Cameroun en 1959.

Cameroun 1959 : Marchés Tropicaux et Méditerranéens, N° 732 (novembre 1959).

Considérations sur la lèpre au Cameroun Médecine Tropicale (décembre 1959).

La Contagion en milieu familial : Médecine Tropicale (Janvier-Février 1960)

Santé du Monde. — Numéro Spécial sur l'Afrique : (Novembre-Décembre 1960). Volume XII, N° 6.

U.N.I.C.E.F.. — Fonds des Nations Unies pour l'Enfance : N° 46. (Octobre-Novembre-Décembre 1960).

U.N.I.C.E.F. — Fonds des Nations Unies pour l'Enfance : N° 49. (Janvier-Février-Mars 1960).

U.N.I.C.E.F. — Fonds des Nations Unies pour l'Enfance : N° 50. (Janvier-Février-Mars 1961).

Information Médicale du Public (Cahiers Laennec : N° 1, 1954).

L. P. AUJOULAT ; Organisation sanitaire au Cameroun (revue Camerounaise N^{os} 13 et 14).

R. F. BRIDGMAN : L'Hôpital rural : sa structure et son organisation, O.M.S., Genève 1954.

P. KANA : Problème de l'alcoolisme au Cameroum (revue Camerounaise, N° 9).

Y. LACOSTE : Les pays sous-développés (Que sais-je ? N° 853).

J. MORICHAU-BEAUCHANT : La Santé dans le monde (Que sais-je ? N° 782).

E. J. PAMPANA, P. F. RUSSEL : Le paludisme, problème mondial, O.M.S., Genève 1955.

P. PUECH : La Tuberculose en Afrique Noire (« Tam-Tam », revue des étudiants catholiques africains, N^{os} 3 et 4, 1960).

V. REYNES : Précis d'épidémiologie et prophylaxie des grandes endémies tropicales, Masson, Paris, 1955.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11

GÉNÉRALITÉS SUR LA RÉGION DE DSCHANG 15

I. — *Le cadre physique* 15

II. — *Aperçu de géographie économique* 16

III. — *Organisation administrative* 19

LA SITUATION SANITAIRE 21

I. — *Situation sanitaire du Cameroun* 21

II. — *Situation sanitaire de la région de Dschang* 30

III. — *Réflexions d'ensemble* 30

LES PROBLÈMES SANITAIRES 32

I. — *Santé et hygiène générale* 32

A) Problème de l'alimentation et de la nutrition 32

B) Problème de l'hygiène 34

C) Problème de l'alcoolisme 35

II. — *Croyances et habitudes en matière sanitaire* 36

III. — *Les services sanitaires* 38

A) Services privés 38

B) Services publics 38

IV. — *Coût de la maladie* 41

UN PROGRAMME RÉGIONAL D'ACTION SANITAIRE 43

I. — *Les buts : lutte contre les maladies ; efficacité des services sanitaires* 43

1° Programme existant 43

2° Programme souhaité 43

II. — *Les moyens* 46

1° Education sanitaire 46

2° Choix d'une politique sanitaire 48

3° Moyens financiers et techniques 49

CONCLUSION 53

BIBLIOGRAPHIE 55

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
G. ANDRIEU.

VU : LE DOYEN,
LAZORTHES.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 5 juin 1961.
Le Recteur, président du Conseil d'Université,
DOTTIN.